DES No 36 / 19

ATRÉSIES CICATRICIELLES

DU MÉAT URINAIRE

PAR ADHÉRENCES PRÉPUTIALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

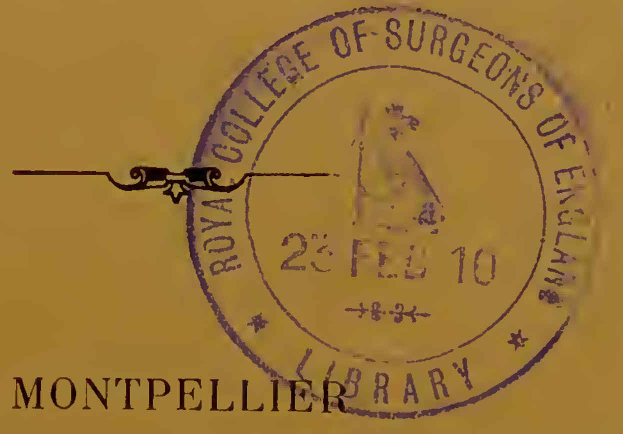
Le 13 Mai 1907

PAR

Gabriel DANIEL

Né à la Seyne (Var), le 25 mars 1877

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gust. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, de ROUVILLE
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (✻)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président*.	MM. LAPEYRE, *agrégé*.
de ROUVILLE, *professeur*.	SOUBEIRAN, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

G. DANIEL.

A MES PARENTS

A MES AMIS

G. DANIEL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A M. le Professeur Agrégé SOUBEYRAN

G. DANIEL.

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous sommes heureux d'exprimer notre gratitude à ceux de nos Maîtres qui ont particulièrement contribué à notre éducation médicale.

Nous adressons à M. le Professeur Tédenat l'expression de notre profonde reconnaissance en le priant d'accepter nos plus vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le Professeur agrégé Soubeyran, qui nous a inspiré et facilité ce travail, reçoive l'assurance de notre profonde gratitude.

Nous remercions vivement MM. les Professeurs de Rouville et Lapeyre qui nous ont fait l'honneur de faire partie de notre jury.

Aux amis sincères et dévoués avec lesquels j'ai eu le bonheur de vivre à Montpellier et à Marseille, je me plais à dire l'espoir conçu de les revoir souvent dans la vie; toujours volontiers nous nous rappellerons les bonnes heures passées en leur société.

La plupart des traités de chirurgie sont assez brefs sur le sujet qui nous occupe.

Médard, en 1882, dans sa thèse inspirée par M. le Professeur Tédenat, expose des conclusions fermes sur l'importance pathogénique du rétrécissement du méat, congénital et acquis.

Plus tard, en 1890, Nicolas (thèse de Lyon) étudie l'étroitesse du méat associée au phimosis.

En présence du cas observé par M. le Professeur Soubeyran, il nous a paru utile d'attirer l'attention sur la rareté d'un rétrécissement du méat par adhérences préputiales à la suite d'un traumatisme.

Dans l'exposé de notre sujet, voici le plan que nous suivrons :

Chapitre I. — Observation particulière.
Chapitre II. — Etiologie et anatomie pathologique.
Chapitre III. — Symptômes et diagnostic.
Chapitre IV. — Traitement.
Chapitre V. — Quelques observations.
Chapitre VI. — Conclusions.

DES

ATRÉSIES CICATRICIELLES

DU MÉAT URINAIRE

PAR ADHÉRENCES PRÉPUTIALES

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION

Atrésie cicatricielle du méat urinaire par adhérences préputiales (phimosis cicatriciel)

Le 19 août 1905, entre à l'Hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Tédenat, remplacé par M. le professeur agrégé Soubeyran, un homme âgé de 70 ans, qui vient se faire opérer parce qu'il éprouve de grandes difficultés à uriner.

Ses antécédents héréditaires sont sans importance. Au point de vue antécédents personnels, c'est un homme âgé, d'un tempérament sec, vigoureux, qui n'a jamais été malade.

Il y a environ 6 ans, il fut traité à l'Hôpital Suburbain pour une affection de la verge, consécutive, dit-il, à l'enfoncement d'un clou dans le méat et sans que ses notions soient très précises (le malade s'exprimant très mal) ; il en était résulté

une inflammation avec suppuration à la suite de laquelle le gland avait été déformé et le jet de l'urine fortement diminué.

Depuis lors, l'état général se maintenant toujours bon, il éprouve des difficultés de plus en plus grandes à uriner : le jet est allé en s'amincissant de plus en plus, et les mictions sont devenues très fréquentes (20 à 30 fois par nuit), le jet très mince, comme un fil, dit le malade, nécessitant beaucoup d'efforts pour sortir et la quantité d'urine étant très petite chaque fois.

Examen du malade. — On trouve une verge petite.

A l'inspection on ne voit pas de trace du méat urinaire ; le prépuce recouvre en entier le gland, il est venu adhérer en se fronçant tout autour du méat. Il est absolument impossible d'apercevoir le moindre orifice aussi petit qu'il soit et aucun stylet ne peut trouver passage. De plus, le gland, que l'on sent à travers le prépuce, paraît petit et atrophié.

Opération. — Le malade est opéré le 21 août. Anesthésie générale au mélange éther-chloroforme. Incision circulaire du prépuce au niveau approximatif de la base du gland. On met à nu ce dernier d'arrière en avant en retroussant la collerette et en l'isolant du gland auquel elle adhère.

Au niveau de la partie antérieure du gland elle est excisée en même temps qu'un peu de tissu spongieux balanique. L'urèthre est alors repéré, cathétérisé, et le nouveau méat est suturé à l'aide de quatre crins de Florence à la peau.

On met une sonde à demeure et pansement. Suites opératoires normales, sans accidents. Ablation de la sonde le troisième jour ; à partir du sixième, dilatation du méat. Guérison.

Réflexions. — 1° Il s'agissait d'un malade ayant eu une balano-posthite avec inflammation du méat, puis consécutivement adhérences du prépuce au gland et adhérences circulaires avec froncement du prépuce au méat ; 2° la pièce

préputiale enlevée ne paraissait pas présenter d'orifice ; mais quand on la regardait par transparence, en la distendant, on apercevait deux petits orifices punctiformes visibles par distension. Le malade pouvait uriner en un très mince filet et avec beaucoup de peine, l'urine distendant le prépuce et les orifices.

CHAPITRE II

Laissant de côté les rétrécissements congénitaux du méat urinaire, nous nous occuperons seulement des rétrécissements acquis.

Les principales causes de ces rétrécissements sont les suivantes : les chancres simples et spécifiques, les ulcérations dues à la blennorrhagie, les opérations nécessitées par les papillomes du méat, les inflammations du diabète, les traumatismes et enfin les inflammations du prépuce.

Fournier n'a rencontré le chancre simple que 11 fois sur 400 cas : il est donc très rare. La lésion est due au passage de l'urine sur l'ulcération, aux frottements des surfaces, aux tiraillements produits par l'érection, à la stagnation du pus. La guérison, en général difficile, laisse une cicatrice épaisse et très rétractile, superficielle ou profonde suivant que l'ulcération a plus ou moins entamé les tissus.

Le chancre syphilitique paraît plus fréquent que le précédent. Fournier en a noté 32 cas sur 471. Il peut n'occuper qu'une seule lèvre du méat ; on remarquera alors la saillie faite par cette lèvre à côté de l'autre qui est restée normale.

Dans la forme érosive, la cicatrice est la plupart du temps superficielle et incapable de produire un rétrécissement même léger. Mais lorsqu'il s'agit d'ulcérations profondes, la ci-

catrice produit des rétrécissements très serrés et profonds. (Voir observations VII et VIII.)

La blennorrhagie peut aussi produire des rétrécissements à la suite d'inflammation ou d'érosion du méat. Médard (thèse de Montpellier) rapporte deux cas de ce genre. « Au déclin de leur blennorrhagie, dit-il, ces deux malades ont vu peu à peu leur méat se rétrécir ; le pourtour de l'orifice était rouge et vif chez l'un, non enflammé chez l'autre ; chez tous les deux on voyait une desquamation épithéliale pytiriasiforme. »

Ces rétrécissements sont en général lents à se constituer. Très serrés, peu ou point dilatables, ils doivent être attaqués par l'instrument tranchant.

Le diabète peut donner lieu à des rétrécissements, le passage de l'urine chargée de sucre irritant le méat et pouvant donner lieu à des ulcérations. Le professeur Tédenat a pu observer chez des diabétiques indemnes de toute blennorrhagie des rétrécissements du méat.

Les papillomes uréthraux se rencontrent quelquefois au méat chez l'homme.

M. le professeur Tédenat signale « le syphilome primitif avec une ulcération insignifiante, comme donnant lieu quelquefois à des atrésies étroites. Tantôt le nodus syphilomateux épaissit les lèvres du méat, les applique l'une contre l'autre, fait saillie dans la partie antérieure du canal et l'obstrue. Peu à peu, à mesure que la résorption s'accomplit, la voie devient de plus en plus libre et tout obstacle peut disparaître si la *restauratio ad integrum* a lieu. Tantôt la sclérose du syphilome peut provoquer une rétraction considérable des tissus. Le méat, dévié d'un côté ou enfoncé en arrière, présente alors une étroitesse parfois très grande. Souvent même ces deux modes se combinent ou se succèdent. »

Le traumatisme peut être aussi une cause de rétrécissement du méat ; ils sont rares en général, l'orifice externe

étant peu exposé aux chocs extérieurs. Cependant Demarquay cite le cas d'un homme de 40 ans qui, au cours d'un coït, se fit une déchirure du méat et eut par la suite un rétrécissement.

Les corps étrangers introduits dans le canal dans un but érotique, l'habitude de l'onanisme, les manipulations violentes qu'elle provoque pendant l'érection, peuvent aussi provoquer de petites déchirures aux lèvres du méat. Ces érosions, irritées par le passage de l'urine, peuvent s'infecter et créer des rétrécissements. Cross prétend que sur 331 sujets adonnés à l'onanisme, il a trouvé 291 cas de rétrécissements du méat.

Ce qui caractérise ces atrésies traumatiques, c'est la rapidité de leur formation : en effet, 4 à 6 mois après l'accident, le malade commence à s'apercevoir qu'il a un rétrécissement, tandis que chez le blennorrhagique il n'est constitué que plusieurs années après la chaudepisse qui en est la cause.

Enfin, comme dernière cause, nous avons les inflammations du prépuce, qui peuvent survenir au cours d'un traumatisme, ou d'une érosion quelconque. Ces inflammations locales répétées peuvent créer des adhérences entre le gland et le prépuce, et dans certains cas on a pu voir le prépuce adhérer au pourtour du méat et faciliter son rétrécissement. (Voir chapitre premier, observation.)

On a pu observer aussi des rétrécissements résultant d'inflammation du prépuce chez des sujets malpropres.

L'accumulation du smegma, la stagnation de quelques gouttes d'urine favorisaient la pullulation de certains microbes pathogènes qui étaient la cause d'inflammations répétées. Il finissait par se créer des érosions, des ulcérations plus ou moins étendues, allant même jusqu'au méat et pouvant causer une atrésie.

La balanite est quelquefois la cause d'éraillures des mu-

queuses en contact ; le gland et le prépuce peuvent alors contracter des adhérences : sur ces ulcérations naissent des bourgeonnements qui se soudent entre eux ; ces parois s'agglutinent ; puis apparaissent des membranes de nouvelle formation qui deviennent fibreuses. Ces adhérences accidentelles sont très intimes, et si, pour une cause ou pour une autre, elles atteignent le méat, elles créent un rétrécissement.

En anatomie pathologique on distingue les rétrécissements cicatriciels et les rétrécissements inflammatoires.

Les rétrécissements cicatriciels sont des cicatrices : ils succèdent à une perte de substance du canal due à un traumatisme ou à une ulcération chancreuse ou autre ; ils sont produits par la rétraction nodulaire de la muqueuse et des couches sous-jacentes.

Ils ont pour caractères d'être nettement localisés en un point de l'urèthre et de se produire rapidement en quelques semaines à la suite du traumatisme ou de l'ulcération. La cicatrice des rétrécissements traumatiques n'occupe pas en général toute la circonférence du méat, une seule lèvre peut être atteinte. D'autres fois on a observé une occlusion complète de l'urèthre, l'urine sortant par de petits trous comme dans l'observation du chapitre premier.

Les rétrécissements inflammatoires succèdent en général à une inflammation prolongée de la muqueuse ; ils sont produits par une sclérose interstitielle lente des éléments constitutifs du canal. D'après Guérin, le siège primitif de ces rétrécissements se trouverait dans les tissus vasculaires périuréthraux, en dehors de la muqueuse.

A la suite de l'inflammation de la muqueuse dans la blennorrhagie, il se formerait une sorte de phlébite autour du canal avec organisation des caillots et rétraction inflammatoire des trabécules du tissu spongieux.

Aujourd'hui on admet plutôt que le tissu spongieux n'est atteint que secondairement et que les lésions primitives les plus avancées siègent dans la muqueuse et dans la couche sous-muqueuse.

Brissaud et Segond (1881) disent que « les rétrécissements inflammatoires sont dus à la transformation fibreuse des parois du canal, véritable sclérose interstitielle qui s'étend plus ou moins mais qui a son point de départ et son fôyer d'irradiation au sein même de la muqueuse chroniquement enflammée, laquelle engendre la stricture ». Le processus inflammatoire se traduit par une modification de l'épithélium, dont les cellules deviennent cubiques, par un épaississement du chorion infiltré d'un grand nombre d'éléments embryonnaires, par une vascularisation exagérée et une prolifération embryonnaire dans les portions fibreuses du rétrécissement lui-même. Brissaud a signalé au microscope, dans le rétrécissement, une partie fibreuse et une partie composée de tissu élastique de nouvelle formation.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

L'évolution clinique des rétrécissements du méat est en général excessivement longue. On peut la diviser en trois périodes : la période de latence, la période d'état et la période des accidents.

1° *Période de latence.* — Le temps qui s'écoule entre la cause qui a provoqué le rétrécissement et l'apparition des premiers symptômes révélateurs peut être extrêmement variable. Nous avons déjà dit que dans les rétrécissements traumatiques et cicatriciels ce temps est très court (Guyon en a cité deux cas après quatorze jours). Donc, il n'y aurait pour ainsi dire pas de période intercalaire entre la lésion initiale et sa conséquence. Dans la blennorrhagie au contraire, il s'écoule toujours un temps très long avant que le rétrécissement apparaisse.

2° *Période d'état.* — Ce sont les troubles de la miction qui prédominent dans cette période. Ils sont constitués par la déformation du jet, la diminution de son volume, de sa force de projection, la durée et la fréquence des mictions et par une forme spéciale d'incontinence.

Le malade constate d'abord que son jet se déforme en tire-

bouchon, en vrille ; c'est le premier signe qui le frappe et il en est effrayé. Ce signe a moins de valeur, car il se rencontre dans beaucoup d'autres maladies : uréthrites, spasme de l'urèthre, hypertrophie de la prostate, etc., etc...

La diminution de volume et de force de projection du jet a beaucoup plus d'importance.

Cependant la diminution de la force de projection n'apparaît que tard, la vessie s'hypertrophie d'abord pour vaincre le rétrécissement et le malade pisse plus loin. Le jet ne tarde pas à diminuer d'amplitude, et avant sa disparition complète il y a une période pendant laquelle le jet se divise en deux parties : « une supérieure décrivant la parabole ordinaire, l'autre inférieure tombant verticalement entre les jambes du malade ». C'est à ce moment que les rétrécis « pissent sur leurs bottes ». C'est un bon signe de rétrécissement chez un homme de 30 à 50 ans, au-delà il se rencontre souvent chez les prostatiques.

L'incontinence d'urine se manifestant après la miction sous forme de gouttes mouillant les vêtements est aussi un bon signe. En effet, le canal ne se vide pas complètement en arrière du méat rétréci. De plus, le malade met beaucoup plus longtemps pour uriner complètement, le malade étant obligé de faire de grands efforts pour vaincre le rétrécissement. Dans le cas de l'observation première, le malade pissait d'abord dans son prépuce et le distendait ; de cette façon les deux petits orifices se distendaient et laissaient écouler l'urine goutte à goutte.

Plus tard les mictions deviennent fréquentes ; longtemps les rétrécis, redoutant les inconvénients et les efforts de la miction, font leur possible pour les retarder : mais petit à petit ils finissent par être obligés, ne vidant chaque fois leur vessie que d'une façon incomplète, à uriner jour et nuit.

La douleur est à peu près nulle dans cette période ; les rétrécis éprouvent seulement de la pesanteur et de la gêne au périnée, apparaissant surtout après le coït et les érections. Les éjaculations sont douloureuses et le sperme s'écoule en bavant.

3° *Période des accidents.* — Les principaux caractères de cette période sont l'aggravation de tous les symptômes, aggravation survenant par crises, et par l'apparition d'accidents redoutables mettant souvent fin à la maladie.

Ces malades, par suite du rétrécissement devenu extrême, font des efforts soutenus et constants pendant toute la miction. Ils arrivent, au prix de bien des efforts, à obtenir un jet filiforme et intermittent. Pour faciliter la miction, on les voit prendre des points d'appui aux objets environnants. Tous ces efforts ont pour résultats l'émission de matières fécales, de la congestion de la face, des hémorrhoïdes ; on a aussi signalé des syncopes et des hémorragies cérébrales.

Ces accidents ne surviennent pas d'emblée mais sous forme de crises de plus en plus rapprochées survenant à l'occasion d'une congestion de l'appareil urinaire, déterminée soit par des excès de table, soit par un coït.

Ces crises devenant très intenses peuvent donner lieu à une rétention complète ou passagère.

Dans cette période apparaissent des phénomènes généraux graves. On signale la perte de l'appétit, des digestions pénibles et laborieuses, des maux de tête ; la langue devient rouge, sèche, il en est de même pour la bouche et le pharynx : c'est la dysphagie buccale de Guyon. On signale aussi une constipation opiniâtre.

A ce moment apparaît la fièvre urineuse, soit qu'elle vienne spontanément ou qu'elle soit le résultat de moyens thérapeu-

tiques irréguliers. Le malade finit en général par la cachexie urinaire.

Complications.— Il est bon de signaler en passant les complications résultant de ces rétrécissements. Toutes ces complications sont en général graves et mènent presque toujours le rétréci à la terminaison fatale.

La rupture de la vessie est un accident très rare, mais l'infiltration d'urine, les abcès urineux, la rupture de l'urèthre sont beaucoup plus fréquents.

Voillemier explique ces faits dans le passage suivant : « Dès qu'un rétrécissement est arrivé à un certain degré, les urines ne pouvant sortir librement, tendent à dilater l'urèthre en arrière de l'obstacle qu'elles rencontrent. Plus le rétrécissement devient étroit, plus cette dilatation du canal augmente. Après chaque miction une petite quantité d'urine s'arrête dans cette sorte de poche. Elle y séjourne et s'y altère ; sa présence ne tarde pas à enflammer les parois, qui deviennent plus friables et moins résistantes. Si, dans cet état de choses, le malade, dont la dysurie est tous les jours plus grande, se livre à des contractions violentes pour débarrasser sa vessie, le flot des urines finit par les déchirer en arrière du rétrécissement. On comprend alors que l'urine s'épanche en grande quantité et qu'elle s'infiltre plus ou moins dans l'épaisseur des tissus, car elle n'est retenue par aucun obstacle. »

Le professeur Fédenat rapporte dans ses *Mémoires de chirurgie*, 1892, les faits suivants :

« L'influence de l'étroitesse du méat se manifeste sous des formes variées. J'ai noté des poussées d'herpès génital, des névralgies du cordon ; dans un cas il existait des spasmes très nets du crémaster.

» Le spasme du muscle orbiculaire de l'urèthre est une complication assez fréquente des atrésies du méat. »

Plus loin il signale encore : « Du côté de l'éjaculation les troubles sont plus variés encore. L'éjaculation est parfois très rapide (tachyspermatisme), parfois très lente (bradyspermatisme) : le dyspermatisme éréthistique s'est présenté deux fois à mon observation. Chez un malade j'ai noté un véritable aspermatisme ; les pollutions nocturnes ne sont pas rares. »

Pour compléter la symptomatologie, il faut passer à l'examen direct du malade.

Nous constatons d'abord une adhérence complète du prépuce autour de l'orifice du méat ; il y a donc phimosis adhérent résultant d'une cicatrisation. De plus, l'orifice du méat est complètement obstrué par une membrane fibreuse percée de deux petits orifices. Ces deux orifices ont été constatés par distension de cette membrane après l'opération. Il est donc impossible de faire un cathétérisme pour mesurer l'étendue et la consistance du rétrécissement.

Diagnostic. — Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel des rétrécissements du méat avec l'hypertrophie de la prostate. la cystite, les calculs vésicaux. En effet, nous constatons *de visu* le rétrécissement et la symptomatologie le confirme. De plus, par l'interrogatoire, nous recherchons le passé uréthral du malade. Il nous dira qu'il a eu une blennorrhagie, un chancre, un traumatisme, une inflammation, etc., et tout cela viendra confirmer ce que nous avons vu. Guyon a dit : « Sans antécédents uréthraux, pas de rétrécissements possibles, les malades n'ont pas droit au rétrécissement ».

Le pronostic est grave si la maladie est abandonnée à elle-même à cause des accidents et des complications. L'opération atténue de beaucoup la gravité, mais ne la supprime

pas ; on a constaté pas mal de récidives. La nature du rétrécissement, l'origine, déterminent aussi la gravité. Ceux qui sont les moins graves sont les blennorrhagiques, puis les cicatriciels. Les traumatiques, en raison de la rapidité de l'évolution, de leur degré d'atrésie, offrent une gravité toute particulière.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous allons étudier successivement les divers procédés opératoires employés dans les rétrécissements du méat et nous terminerons ce chapitre par le procédé particulier de l'observation première.

En présence d'un rétrécissement du méat, on pense de suite à le traiter par la dilatation. Ce procédé, assez bon, ne donne de résultats que lorsque le rétrécissement n'est pas trop serré et que l'on a du temps devant soi.

Cependant la nécessité d'y revenir souvent expose le malade à des accidents. Civiale les relate dans le passage suivant : « J'ai vu souvent, dit-il, une simple bougie, qui dilatait péniblement le méat urinaire, déterminer, au bout de deux ou trois introductions, une striction si forte et si douloureuse de cet orifice qu'ensuite elle ne pouvait plus passer, que tout le canal devenait douloureux, que la verge, surtout au gland, acquérait une sensibilité extrême au toucher, et que même la santé générale s'en ressentait. Pour mettre fin à tous ces accidents, il me suffisait de débrider le méat urinaire, après quoi la bougie, et même une plus grosse, entrait aisément ; le malaise cessait, l'urèthre retrouvait sa souplesse, et le traitement marchait ensuite avec régularité. »

Leroy d'Etiolles, dans son traité des « Angusties de l'urèthre », dit qu'il ne faut pas dilater le méat, « car la tendance

à la dégénérescence nodulaire est très grande en cet endroit, et autour de l'urèthre existe une bande fibreuse circulaire qui, non seulement ne se laisse point dilater, mais réagit et produit un rétrécissement plus grand accompagné d'une vive douleur ; plus on veut lutter contre cette tendance, plus la constriction augmente ; on ne peut la faire cesser qu'en suspendant l'introduction des sondes et des bougies. » On voit donc que ce procédé ne donne que des résultats médiocres et expose à beaucoup d'accidents. De plus, c'est un procédé long et douloureux, le passage des sondes irritant trop le canal. Civiale eut le premier l'idée d'inciser le méat pour l'élargir. Il inventa alors un instrument lui permettant de faire une section déterminée.

Cet instrument, qu'il appela uréthrotome caché, est tout simplement une lame droite, étroite, montée sur un talon et cachée dans un conducteur creux. Une fois introduite dans le rétrécissement, on presse sur le talon de la lame qui fait saillie et on retire l'instrument ainsi ouvert, le tranchant dirigé en bas.

Si l'on n'a pas d'uréthrotome caché, on peut se servir d'un bistouri boutonné que l'on guide sur une sonde cannelée. On peut placer une sonde à demeure qui permet au méat de rester large et de se cicatriser. On la retire au bout de quatre jours. Ce procédé, quoique bon, ne met pas à l'abri des récidives : on est obligé de faire pendant quelque temps de la dilatation continue.

Colles (de Dublin) a adopté un autre procédé consistant dans la création d'un hypospadias balanique. Il procède de la façon suivante : « Ayant détaché la peau du prépuce de l'extrémité de l'urèthre à laquelle elle adhère intimément, je divise l'urèthre en dessous dans une étendue de plus de 12 millimètres. Je soulève la muqueuse sur chaque lèvre de l'incision, puis j'enlève une partie du corps spongieux qui forme

l'obstacle, dans une étendue qui permette à la muqueuse soulevée de recouvrir la part de substance enlevée. Je réunis par un point de suture cette membrane sur le corps spongieux et ainsi, ayant recouvert chaque lèvre de l'incision par une muqueuse, je me suis muni contre la possibilité d'une réunion des lèvres de la plaie et contre un nouveau rétrécissement de l'orifice. L'ouverture de l'urèthre ainsi pratiquée est évidemment plus large que celle qui existait à l'état normal. »

Ricard, Delpech (de Montpellier) ont employé un moyen se rapprochant de celui de Colles.

Nous citerons le passage du professeur Tédenat (*Mémoires de chirurgie*, 1892) sur la façon dont il procède : « Si le rétrécissement est valvulaire, on pourra le sectionner avec des ciseaux : le plus souvent c'est sur la commissure inférieure que portera la section. Une compresse trempée dans l'eau froide boriquée et appliquée sur le gland suffit pour arrêter l'hémorragie, toujours insignifiante.

» Dans les rétrécissements cylindriformes, la section sera faite avec l'instrument de Civiale, et, mieux encore, avec un simple bistouri boutonné.

» Pour empêcher les lèvres de l'incision de se recoller, on introduit pendant 48 heures un drain de caoutchouc, un bout de sonde en gomme ou une mèche de charpie trempée dans l'huile ou la vaseline phéniquée. Au bout de ce temps le passage de l'urine, aidé par l'écartement des lèvres du méat, pratiqué lors de chaque miction par les doigts du patient, suffit pour que les deux bords de l'incision se cicatrisent isolément. La guérison est complète du quatrième au sixième jour, sans qu'il soit besoin de repos. Bien que cette opération n'offre aucune gravité, il est bon de prendre les précautions antiseptiques habituelles. »

Le professeur agrégé Soubeyran employa dans l'observa-

tion première le procédé suivant, qui lui donna un très bon résultat. Ce procédé devra surtout s'employer lorsque l'orifice du méat est invisible et que le prépuce lui adhère.

Nous le diviserons en quatre temps :

1er *temps*. — On fait au bistouri une incision circulaire à la base du prépuce.

2e *temps*. — On dissèque le prépuce et on le retourne jusqu'au voisinage du sommet du gland.

3e *temps*. — On sectionne le prépuce et une partie du sommet du gland pour avoir un orifice large.

4e *temps*. — On suture les lèvres de la plaie.

Pour être complet nous ne ferons que citer le traitement par l'électrolyse. Ce procédé, très discuté, semble ne pas avoir donné de résultats probants.

CHAPITRE V

Observation II

(Recueillie par le Dr Roy).

J. L..., 56 ans, boulanger, entre le 1er février 1893 à l'hôpital Saint-André (Bordeaux).

Bonne santé habituelle. Depuis dix ans il urinait assez difficilement, mais n'avait jamais eu besoin cependant d'être sondé.

La miction devenant plus difficile, les envies plus fréquentes, il se décide à se faire soigner.

2 février. — Le prépuce, dont l'orifice est étroit, adhère au gland au niveau du frein et sur une petite étendue de chaque côté de la commissure inférieure du méat, de telle sorte que cet orifice est ainsi rétréci. On n'arrive à passer que le n° 9 de la filière Charrière. En amont du méat, l'urèthre ne présente pas d'altération.

L'adhérence du prépuce sur une partie du pourtour du méat s'explique par l'existence d'un phimosis congénital très serré, ayant amené plusieurs fois des balanites. Le malade n'a d'ailleurs jamais eu ni chancre ni blennorrhagie.

Pas de sucre dans les urines.

3 février. — On rompt les adhérences du prépuce autour du méat. On pratique la circoncision. Le méat est légère-

ment débridé. Un bout de sonde molle est laissé dans l'urèthre.

14 février. — On enlève les points de suture de la circoncision.

15 février. — Dilatation du méat avec les bougies nos 14 et 15.

17 février. — On passe les nos 15, 16 et 17.

19 février. — Nos 18, 19 et 20.

22 février. — Le malade sort guéri de l'hôpital.

Observation III

(Dr Roy).

P. B..., âgé de 30 ans, manœuvre, vient à la clinique annexe de la Faculté le 20 mars 1893, se plaignant de ne pouvoir uriner qu'avec une extrême difficulté. Les mictions sont fréquentes, pénibles. Le jet est considérablement diminué de volume, mais cependant encore assez bien lancé. Les urines sont troubles et laissent déposer du muco-pus.

Interrogé sur son passé urinaire, il déclare avoir eu pour la première fois, à 20 ans, une blennorrhagie accompagnée d'orchite. Il n'a jamais complètement guéri et a encore aujourd'hui une goutte matinale.

Depuis deux ans, hydrocèle du côté droit.

Le méat présente un rétrécissement serré, les autres portions du canal sont libres.

Incision du rétrecissement avec la bascule de Civiale.

10 avril. — Les troubles de la miction ont disparu.

Les urines sont plus claires.

On conseille au malade de maintenir son méat dilaté à l'aide de bougies en gomme.

Observation IV

(Recueillie par M. Carlier).

X..., 26 ans, ingénieur. Blennorrhagie en août 1899. Traitements variés. Bien soigné à partir de juillet 1900, où on retrouve le gonocoque dans l'écoulement. Je vois le malade en septembre 1900. Gonocoque. Depuis lors jusqu'en janvier 1901, le gonocoque persiste malgré les lavages et autres médications locales et générales. Le méat est étroit, l'urèthre mal drainé.

Incision. En mars 1901 le gonocoque a disparu depuis deux mois, mais l'uréthrite persiste sous forme de filaments dans le premier jet de l'urine.

Observation V

(Recueillie par le Dr Medard).

F..., souffre depuis quatre ans d'une blennorrhagie chronique. Le moindre excès suffit pour donner lieu à un écoulement très abondant qui ne disparaît jamais complètement. Au demeurant excellente santé : pas d'autre antécédent. Le gland est conique, petit ; le prépuce, qui recouvre le gland en entier, n'est cependant pas étroit.

A la place du méat, on voit un trou borgne de 1 centimètre de profondeur environ.

Au dessous du gland et juste en avant du frein, se trouve le véritable orifice uréthral, étroit, rouge, avec une énorme

végétation sur les bords. Le malade urine verticalement. Il a des besoins d'uriner très fréquents, des douleurs localisées spécialement dans le gland ; elles sont quelquefois très fortes. L'éjaculation n'a lieu qu'en bavant.

Au mois d'août, nous l'opérons avec M. Tédenat, qui incisa la lame du tissu spongieux existant entre les 2 orifices dont il ne fit qu'un. Sonde à demeure.

Le surlendemain, le malade partait pour les vacances. Nous l'avons revu depuis, la végétation a complètement disparu. Il n'a plus du tout de goutte militaire. Il urine beaucoup moins souvent et le jet est horizontal ; l'éjaculation se fait aussi normalement.

Observation VI

(Recueillie par Barkeley-Hill).

Pendant le mois de septembre 1878, S. B..., âgé de 48 ans, vint à la consultation. Voici son histoire :

Il y avait à peu près 20 ans qu'il avait eu une très forte attaque de gonorrhée, dont la guérison se fit attendre pendant quatre mois ; pendant six ans il se considéra comme tout à fait guéri, il n'éprouvait aucune difficulté à « passer son eau ». Mais bientôt cela lui devint très pénible et il eut des attaques de rétention. Il raconte qu'environ 18 mois après ces troubles de miction, il eut un abcès du périnée, d'où résulta une fistule périnéale bientôt suivie d'une autre ; il fut sondé à diverses reprises par plusieurs chirurgiens, mais il n'éprouva aucun soulagement et il vint à nous en se plaignant de ce que pendant ces deux derniers mois les attaques de rétention avaient été très fréquentes.

A l'examen on trouva ce qui suit :

Dans le périnée se trouvaient deux fistules vieilles et à tissu calleux, indurées, insensibles, et laissant couler du pus et de l'urine.

L'orifice de l'urèthre présentait un rétrécissement qui n'admettait que le n° 7 de la filière française.

Le méat fut divisé avec le méatotome d'Otis et on passa le n° 20, filière française, qui pénétra jusqu'à la vessie : l'urèthre fut trouvé légèrement contracté dans la portion bulbeuse.

Après cela le malade fut visité tous les deux jours ; pendant environ quinze jours, on lui fit des séances de cathétérisme.

Enfin, le 1er octobre 1878, le bulletin du malade dit : le 27 français pénètre facilement dans la vessie. La fistule est fermée.

Observation VII

(Thompson, Maladies des voies urinaires.)

W. R..., 52 ans, deux fois chancres sur le gland. Le jet d'urine s'est mis à diminuer après la dernière atteinte. Récemment un abcès au périnée. A son entrée à l'hôpital on constate : étroitesse excessive du méat par suite de la cicatrisation des chancres ; l'urine ne vient que goutte à goutte. Fistule au périnée.

Observation VIII

(Thompson.)

T..., 53 ans, ulcérations syphilitiques ayant détruit, il y a vingt ans, la plus grande partie du pénis.

Etat à l'hôpital : rétrécissement du méat ainsi qu'à la par-

tie profonde de l'urèthre ; abcès et fistules. Impossibilité de franchir le méat par suite de l'incision du périnée.

Observation IX

(Thèse de Nicolas).

Il s'agissait d'un homme de 50 ans, porteur d'un phimosis congénital qui a déterminé des adhérences du prépuce au gland et une soudure telle que le méat a été considérablement rétréci. A la suite de l'atrésie de l'orifice du canal, il s'est produit une infiltration d'urine dans la loge pénienne et dans l'enveloppe scrotale. Cette infiltration a été l'origine d'une fistule dont le malade souffre encore à son entrée à l'hôpital.

Le malade dit n'avoir jamais eu de blennorrhagie et n'avoir été sujet à aucun traumatisme.

A l'examen on trouve le méat rétréci, rouge, le jet d'urine est petit et misérable ; on ne trouve pas de rétrécissement à la région périnéo-bulbaire. Le mal paraît donc siéger au méat, dont la circonférence est dure et ligneuse ; l'extrémité de la verge est tuméfiée, dure, douloureuse, et on sent le canal induré et légèrement bosselé.

M. Jaboulay commence par faire le débridement de la petite fistule après avoir passé une sonde ; puis il introduit l'uréthrotome de Maisonneuve et fait l'uréthrotomie interne de la partie antérieure du canal sur une longueur de 4 centimètres à peu près. On lui laisse une sonde à demeure pendant quelques jours, et le malade sort guéri et urinant parfaitement.

Observation X

Lue par M. Otis à la Société dermatologique de New-York, 5 février 1876.

(Thèse de Guibal.)

J. W..., âgé de 45 ans, vint me trouver en novembre 1874. Il disait avoir eu, vingt ans auparavant, une première gonorrhée, puis plusieurs attaques subséquentes. Cinq ans plus tard, il avait éprouvé des difficultés à uriner. Le jet devint de plus en plus mince, jusqu'à ce que, à la suite d'une débauche, il éprouva une complète rétention d'urine et fut obligé d'aller chercher des soins à un poste militaire voisin. Après trente-six heures de souffrances, il fut soulagé grâce à l'introduction, par le chirurgien du poste, d'un cathéter très petit et flexible. Il suivit durant plusieurs mois un traitement par dilatation.

Par suite de négligence dans son traitement, il avait éprouvé une demi-douzaine d'attaques de rétention l'année précédente.

A la fin les instruments du plus petit calibre pouvaient seuls être introduits par le chirurgien militaire, qui lui conseilla de se rendre dans une ville de l'Est pour se faire pratiquer une opération radicale. Le malade était habitué à uriner fréquemment, jour et nuit, par jets minces et irréguliers.

De haute taille, le malade a l'air d'un homme vigoureux qui a éprouvé de grandes fatigues.

Devant moi il a émis l'urine en jets minces, courts, goutte à goutte.

Circonférence du pénis, 0,209 ; grandeur du méat, 0,023 ;

la sonde d'acier de 0,023 passait difficilement dans l'urèthre jusqu'à la portion membraneuse, où elle était arrêtée. On introduisit des bougies de diamètre de plus en plus petit, et la sonde d'acier de 0,012 finit par ne passer dans la vessie qu'après avoir été fortement serrée par la portion membraneuse. Après l'avoir laissée un moment, elle jouait librement. Je la retiraî et divisai le méat rétréci et le rétrécissement sur une longueur de 13 centimètres environ à partir du méat. Alors je fis descendre doucement la sonde d'acier de 0,034 de circonférence jusqu'à la portion membraneuse ; de là elle descendit de son propre poids jusque dans la vessie.

La sonde retirée, le malade émit l'urine à plein jet. A partir de ce moment, le malade n'éprouva plus aucune difficulté à uriner, n'urinant que toutes les six ou huit heures pendant le jour et pas du tout pendant la semaine qui suivit l'opération. Il repartit alors pour chez lui, dans le Far-West, bien portant en apparence sous tous les rapports.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

1° Les atrésies acquises du méat urinaire ont donc pour causes principales : la blennorrhagie, le chancre syphilitique, les traumatismes et les inflammations. Il faut aussi y faire rentrer les adhérences du prépuce oblitérant le méat.

2° Les symptômes sont ceux des rétrécissements ordinaires du méat : les mêmes accidents et les mêmes complications peuvent suivre.

3° Le traitement consiste habituellement dans la dilatation ou l'uréthrotomie. Mais dans les cas où le prépuce forme une oblitération du méat presque totale, il faut réséquer ce dernier et créer un nouveau méat, en utilisant le procédé que nous avons décrit.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 7 mai 1907.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé
Montpellier, le 6 mai 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

BARKELEY-HILL — The Lancet, 1818, vol. I.

BARKELEY-HILL. — Medical Times and Gazette, 1879.

BOUILLY — Urèthre *in* Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

W. BUSCH. — Journ. hebd. de médecine de St-Pétersbourg, n° 25, 1879.

CIVIALE. — Traité des maladies des organes génito-urinaires, vol. I.

COLLES. – Practical observations on the venereal diseases.

DELPECH. — Chirurgie clinique : De l'inflammation.

DEMARQUAY. — Maladies du pénis.

DESNOS. — Annales des maladies des organes génito urinaires : étroitesse du méat ; ses complications (1887).

DUCAMP. — Traité des rétentions d'urine (1882).

FOURNIER (ALP.). — Chancre simple *in* Dictionnaire de chirurgie et de médecine pratique.

GEZA VON ANTALL. — Specielle chirurgische Pathologie und Therapie der Harnrohre und Harnblase.

GUYON. — Traité des voies urinaires.

HUNTER. — Des maladies vénériennes.

KEYES and VAN BUREN. — Genito-urinary diseases. New-York, 1882.

KŒNIG. — Lehrbuch von specieller Chirurgie.

LALLEMAND. — Rétrécissements de l'urèthre.

LEROY D'ETIOLLES. — Des Angusties ou rétrécissements de l'urèthre.

MARCHALL (CALVI). — Bulletin de l'Académie de Médecine (1843), tome IX.

Médard (L.). — Thèse de Montpellier, 1882 : De l'étroitesse du méat urinaire chez l'homme.

Mercier. — Maladies des organes génito-urinaires.

Nicolas. — Thèse de Lyon (1890).

Otis. — Hospital Gazette. New-York, 1879.

Pirondi. — Maladies des voies urinaires.

Phillips (Ch.). — Maladies des voies urinaires.

Reliquet. — Opération des voies urinaires.

Ricard. — Bulletin de thérapeutique (1885).

Roy. — Thèse de Bordeaux (1893).

Tédenat. — Annales des maladies génito-urinaires (1883). De l'atrésie du méat.

Tédenat. — Mémoires de chirurgie (1892). 2e série : Rétrécissement du méat.

Thompson. — Traité des maladies des voies urinaires.

Voillemier. — Traité des maladies des voies urinaires.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !